

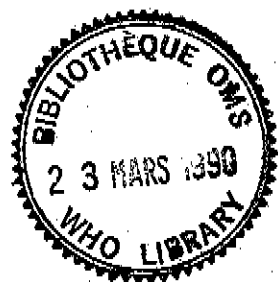
EUR/ICP/EP/021

РАСШИРЕННАЯ ПРОГРАММА ИММУНИЗАЦИИ

Отчет о программе
по инфекционным болезням



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Европейское региональное бюро
КОПЕНГАГЕН



ЗАДАЧА 5

Ликвидация семи конкретных болезней

К 2000 г. в странах Региона не будет местных случаев заболевания корью, полиомиелитом, столбняком новорожденного, врожденной формой краснухи, дифтерией, врожденной формой сифилиса и малярией.

Index:

IMMUNIZATION
COMMUNICABLE DISEASE CONTROL - methods
NATIONAL HEALTH PROGRAMS
EUR

Е. 27234

EUR/ICP/EPI 021 ✓

ORIGINAL: ENGLISH

**ВТОРОЕ СОВЕЩАНИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ
НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ
ПО РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЕ ИММУНИЗАЦИИ**

Отчет о совещании ВОЗ

г. Стамбул, Турция
23-26 мая 1989 года

1990 год

ЕРБ/ЗДВ задача 5

Примечание

Данный отчет издан Европейским региональным бюро ВОЗ на английском, французском, немецком и русском языках, однако его воспроизведение или перевод на любой другой язык должно производиться с должной ссылкой на первоначальное издание.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	1
УПРАВЛЕНИЕ ПРОГРАММОЙ И МОНИТОРИНГ	2
ЛИКВИДАЦИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА	4
РЕКОМЕНДАЦИИ	8
УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИКВИДАЦИИ ПОЛИОМИЕЛИТА	10
ЛИКВИДАЦИЯ КОРИ	12
ЛИКВИДАЦИЯ СИНДРОМА ДОРОВОЙ ФОРМЫ КРАСНУХИ	14
РЕКОМЕНДАЦИИ	15
ВАКЦИНА ГЕПАТИТА "В" В НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ ИММУНИЗАЦИИ	16
ЛИКВИДАЦИЯ ДИФТЕРИИ	16
ЛИКВИДАЦИЯ СТОЛБНЯКА	17
СОЦИАЛЬНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ	18
ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ	20
Приложение 1	
СПИСОК УЧАСТНИКОВ	21

Приложение 2

РАБОЧАЯ И ФОНОВАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ...32

Приложение 3

ЕВРОПЕЙСКИЕ ЛАБОРАТОРИИ,
ЗАКЛЮЧИВШИЕ СОГЛАШЕНИЯ НА
ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ В КАЧЕСТВЕ
СПРАВОЧНЫХ ЛАБОРАТОРИЙ ПО
ЛИКВИДАЦИИ ПОЛИОМИЕЛИТА 36

ВВЕДЕНИЕ

Первое совещание руководителей национальных программ, в рамках расширенной программы иммунизации (РПИ), проходило в Будапеште в апреле 1988 г. Одной из рекомендаций этих руководителей программ было то, что дальнейшие совещания должны проводиться ежегодно в целях пересмотра стратегий и инициатив по достижению задачи 5 стратегии ЗДВ 2000 и задач, принятых Второй конференцией по политике иммунизации в Европе, проходившей в Карловых Варах в 1984 г. В частности было рекомендовано, что особое внимание должно уделяться тем странам, которые наиболее отстают от достижения этой задачи, с тем чтобы помогать им в ее достижении. Оценка последних мероприятий, проходивших в Европе, была проведена в январе 1989 г. на Третьем совещании Европейской консультативной группы (ЕКГ) по РПИ, проходившем в Риме, где были намечены планы для второго совещания национальных руководителей программы РПИ.

Это второе совещание было проведено при содействии правительства Турции в Стамбуле с 23 по 26 марта 1989 г. На совещании присутствовали представители 28 стран, наблюдатели от Комиссии Европейских Сообществ, Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), Программы развития (ПРООН), а также Ротари Интернейшнл (Приложение 1). Председателем совещания был избран др. Хенрик Зоффманн, заместителем председателя др. Али Биликер, докладчиком др. Е. Гриффитс, а ответственным секретарем доктор Б. Быченко.

Совещание было посвящено следующим задачам:

- рассмотрению успехов национальных и региональных РПИ, их соответствия с политикой ВОЗ в области иммунизации, их достижений и неудач,
- рассмотрению стратегий ликвидации полиомиелита,

- составлению заключений и рекомендаций по дальнейшему развитию региональной РПИ применительно как к пяти заболеваниям задачи 5 (полиомиелит, корь, дифтерия, дородовая краснуха, столбняк новорожденного), так и к другим, которые можно предупредить с помощью иммунизации (в частности, коклюш, паротит, вирусный гепатит).

Отчет Третьего совещания ЕКГ, который использовался для сосредоточения прений, и рабочие документы, представленные на пленарных заседаниях, перечислены в Приложении 2.

УПРАВЛЕНИЕ ПРОГРАММОЙ И МОНИТОРИНГ

Реактуализация в масштабе Региона

До проведения совещания и в целях реактуализации имеющихся данных, страны должны были представить наиболее свежие данные по охвату, методам измерения, системам эпидемиологического надзора, заболеваемости, препятствиям на пути достижения плановых показателей, а также оценки холодových целей. Как правило, по всему Региону отмечаются весьма положительные успехи на пути ликвидации заболеваний, охваченных РПИ.

Управление информацией

Порождение по всей Европе точных и сопоставимых данных в настоящее время все более признается как имеющее первоочередное значение для управления программой, будь то на национальном, региональном, местном или районном уровне. Для мониторинга, оценки и отчетности по успехам и мероприятиям программы РПИ, а также для эпидемиологического надзора за отрицательными реакциями на вакцины рекомендуется использование компьютеров;

в настоящее время уже имеется компьютерная вычислительная система РПИ (CEIS). Двумя странами в Регионе уже было произведено внедрение этой системы и, по крайней мере, тремя другими используются системы собственные. Выражается надежда, что для этих последних систем будет обеспечена их совместимость с системой CEIS в целях стандартизации, с тем чтобы в рамках ВОЗ могла быть разработана унифицированная глобальная система мониторинга. Активное сотрудничество с другими программами ВОЗ по единой системе мониторинга для первичной медико-санитарной помощи начнется в 1989 г.

Холодовая цепь

Холодовая цепь, то есть такая система, которая обеспечивает содержание вакцин в надлежащих условиях и при соблюдении правильных температурных параметров, представляет собой существенную часть во всей системе предоставления вакцин. Система холодовых цепей в Европейском регионе в настоящее время подвергается оценке, причем данные, поступившие от первой страны, получившей конкретные результаты, оказались весьма полезными в том смысле, что они показали неожиданные слабости как в управлении запасами, так и в условиях хранения вакцин. Оценка продемонстрировала также, что программное обеспечение EPIC (аналитический мониторинг холодовой цепи), разработанное ВОЗ в целях анализа данных, позволяет выявить даже весьма незначительные отказы в целой системе, которые в своей совокупности приводят к разрыву холодовой цепи. Программное обеспечение EPIC может быть состыковано с CEIS.

ЛИКВИДАЦИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА

Общие успехи

Успехи РПИ в мировом масштабе вселили дух оптимизма в тех, кто занимается этой проблемой, показав, что полиомиелит может быть ликвидирован в следующем десятилетии. Наиболее сильные программы иммунизации все еще сосредоточены в Европейском и Американском регионах, в то время как в Африке — регионе беднейшем — все еще продолжает отмечаться наибольшая пропорция грудных детей с общим охватом ниже 50% уровня по всем антигенам РПИ. Опыт Американского региона показывает, что он вполне может обогнать Европейский в своем наступлении на полиомиелит. Хотя в целом ряде стран Региона ресурсы имеются, они подчас страдают от дефицита политической воли, необходимой для доведения программы по ликвидации до ее окончательного завершения. Участники согласились с тем, что чрезвычайно трудно заручиться поддержкой в том случае, когда у населения отстывает испуг перед опасностью, связанной с большим количеством жертв полиомиелита.

В соответствии с данными, имевшимися в 1988 г., 27 стран в Регионе достигли Стадии А в их программах ликвидации (освобождение от полиомиелита, вызываемого диким штаммом полиовируса) и две страны достигли Стадии В (менее 10 случаев в год); три других продолжали оставаться на Стадии С (10 или более случаев в год). В большинстве государств-членов были достигнуты высокие показатели иммунизации (90% и более), в то время как в нескольких странах были выявлены такие области, где отмечался меньший охват.

Связанные с вакциной случаи полиомиелита были отмечены в Бельгии, Франции, Федеративной Республике Германии, Германской Демократической Республике, Венгрии и Соединенном Королевстве. Случаи контакта, связанные с вакциной, а также случаи полиомиелита неизвестного происхождения ежегодно встречают-

ся в Румынии с необычайно высокой частотой. В тех случаях, где используется оральная трехвалентная полиомиелитная вакцина (ОТПВ), отчетность о связанных с вакциной случаях является прямым указанием на чувствительность системы эпидемиологического надзора.

Хотя в настоящее время 50% населения Европы живет в таких странах, где больше не встречаются случаи заболеваний, вызванных диким штаммом вируса полиомиелита, но пока еще нет оснований для удовлетворенности и высокие уровни охвата должны поддерживаться, с тем чтобы ликвидация была достигнута по всему Региону в целом. Неожиданные вспышки продолжают возникать, такие, например, как в Испании (1987 г.) и в Израиле (1988 г.), как указано ниже.

Проблемные области

Полиомиелит продолжает оставаться проблемой в некоторых областях Турции и в СССР, однако в настоящее время предпринимаются меры по улучшению ситуации.

В Турции в прошлом отмечались существенные проблемы, однако в настоящее время страна продвигается вперед такими быстрыми шагами, что целевая дата по ликвидации эндогенного полиомиелита была намечена на 1990 г. Иммунизация на начальной стадии была увеличена за счет проведения массовых кампаний, а сейчас она проводится рутинным образом в центрах здравоохранения. Более совершенное управление программой и мониторинг играют ключевую роль в проводимых в настоящее время программах санитарного просвещения и профессионального обучения. ЮНИСЕФ и Ротари Интернейшнл поддерживали Турцию, главным образом, оказывая ей содействие при закупке вакцины полиовируса и путем социальной мобилизации. Недавнее исследование холодовой цепи с использованием мониторов показало, что система поставки вакцины является в настоящее время надежной, то есть лишь небольшой процент вакцин был передержан на момент использования.

Теперь для того, чтобы Турцией была достигнута эта задачная дата, потребуются надежные серологические и другие обследования. Лабораторная база для изолирования и идентификации полиовирусов также нуждается в своем укреплении.

В СССР самые последние случаи были отмечены всего лишь в нескольких районах: 118 из общего числа 165 случаев, зарегистрированных в 1988 г. были отмечены в Азербайджанской, Туркменской и Узбекской ССР. Предпринимаются шаги по улучшению иммунизационного охвата и эпиднадзора за заболеваниями в этих и других проблемных регионах, причем особое внимание уделяется изолированию и идентификации штаммов полиовируса, а также серологическому эпиднадзору в целях выявления недостаточности создания иммунитета. Начиная с 1991 г. рекомендуемые ВОЗ методические указания по холододовым цепям будут жестко применяться в связи с внедрением мониторов холододовых цепей. На основе текущих достижений ожидается, что СССР достигнет ликвидации к 1995 г., как и намечено.

В Испании отмечалось лишь несколько случаев полиомиелита в 1984 г. и в 1985 г. и ни одного в 1986 г. В связи с этим можно считать, что программа иммунизации привела к ликвидации полиомиелита, однако в 1987 г. в южной Испании было зарегистрировано около 11 случаев, за которыми последовали еще 4 в первом квартале 1988 г. Эта вспышка коснулась в основном детей низшего социально-экономического класса, по большей части цыган, получивших либо слабую вакцинацию, либо вообще ее не получивших. Была организована специальная кампания, направленная на укрепление количества и качества бригад по обеспечению иммунизации в этой области, в результате чего ни одного нового случая не было отмечено, начиная с марта 1988 г. Этот инцидент вновь поставил на повестку дня проблему обеспечения охвата вакцинацией маргинальных и даже кочевых популяций.

Другая неожиданная вспышка имела место в **Израиле** в 1988 г., где было отмечено 15 случаев полиомиелитного паралича, вызванного диким штаммом полиовируса первого типа. Все случаи имели место среди подростков и молодого взрослого населения, многие из которых получили прививку в детском возрасте в виде не менее трех доз трехвалентной ОТПВ; таким образом этот эпизод выявил слабости программ ликвидации и риски, вызываемые завозом вируса. Несколько серологических обследований, проведенных в то время, когда эти лица имели иммунизацию, показали, что всего лишь 70% получивших вакцину в своих этнических и (низких) социально-экономических группах показывали сероконверсию. Это, вероятно, было вызвано воздействием других энтеровирусных инфекций, хотя разрыв в холодовой цепи также не может полностью сбрасываться со счетов. Эпицентром вспышки был один из двух микрорайонов, где для детей грудного возраста с 1982 г. при рутинной прививке от полиомиелита использовалась исключительно инактивированная полиомиелитная вакцина (ИПВ). Этот факт говорит о том, что для некоторых районов такой страны, как Израиль, исключительное использование ИПВ может и не привести к полной ликвидации полиомиелита; при этом напрашивается вывод, что высокий уровень интестинального иммунитета, обеспечиваемого за счет ОТПВ, является весьма желательным. В настоящее время для применения в таких областях предусматриваются программы, обеспечивающие сочетание ИПВ и ОТПВ.

Выполнение поставленной задачи

По мере приближения Европы к полной ликвидации полиомиелита чрезвычайно важно поддерживать иммунизационный охват и совершенствовать эпидемиологический надзор за этим заболеванием, обращая особое внимание на определение и классификацию случаев. Эти меры уже должны быть задействованы на случай неожиданных вспышек, борьба с которыми должна проводиться с высокой степенью эффективности. Они были подвергнуты доскональному обсуждению на совещании со стороны трех рабочих

групп, поддержавших мнение ЕКГ о том, что ликвидация полиомиелита может быть достигнута к 1995 г.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Охват иммунизацией должен поддерживаться на уровне не менее 90% по всем геополитическим единицам. При этом признается, что в некоторых странах существуют особые группы или географические зоны (цыгане или города с большой пропорцией иммигрантов или неимущего населения), которые в настоящее время иммунизацией охватываются еще недостаточно. Во всех случаях, где обнаруживаются такие низкие уровни, должны в первую очередь изыскиваться способствующие факторы и предприниматься корректирующие меры. Руководители программ в некоторых странах считают, что повторная вакцинация должна предусматриваться для выпускников школы, с тем чтобы поддерживать их иммунитет. Хотя некоторые серологические обследования продемонстрировали наличие достаточно высоких уровней антител, необходимых для обеспечения иммунитета от полиомиелита, в некоторых общинах через 30 лет после первичной иммунизации, для обеспечения необходимой защиты предлагается, чтобы путешествующие в эндемические области подвергались повторной вакцинации в тех случаях, если они не получали прививку от полиомиелита в предшествующие 15 лет. Медико-санитарное просвещение должно также укрепляться, с тем чтобы обеспечивался высокий уровень принятия вакцины.

2. Для всех стран эпидемиологический надзор представляется чрезвычайно важным. Методы эпиднадзора по периферическому параличу являются удовлетворительными для классических случаев с вирусологическим подтверждением, однако имеются сомнения относительно случаев синдрома Гийена-Барре и вирусного менингита, а также возможности — хотя и редкой — пропустить первые случаи вспышки полиомиелита. Страны должны обеспечи-

вать, чтобы исследование случаев синдрома Гийена—Барре и вирусного менингита производилось с достаточной тщательностью и чтобы образцы стула направлялись на вирусологический анализ. В идеале все подобные случаи должны сообщаться эпидемиологам по крайней мере на районном уровне. Тем не менее в определенных странах могут отмечаться практические различия, когда вместо такого направления могут производиться специальные обследования случаев. Все государства согласились с тем, что определение случаев полиомиелита и информация по используемым для эпиднадзора национальным методикам должны подвергаться широкому распространению, с тем чтобы клинические врачи знали о существовании вышеуказанных требований.

Все подозреваемые и подтвержденные случаи полиомиелита должны немедленно доводиться до сведения руководителя национальной программы. Обратная связь должна работать во всех случаях, даже если ни одного случая и не было обнаружено. Каждая страна должна безотлагательно отчитываться о своих случаях в ВОЗ и производить общую обратную связь на рутинной основе. В конце каждого года построчный листинг всех подтвержденных случаев и соответствующих мер борьбы должен представляться в Европейское региональное бюро.

3. По мере возможности каждый случай полиомиелита должен подвергаться классификации в соответствии с рекомендациями ВОЗ на основе характеристик полиовируса, изолированного на базе этого случая, а именно:

- эндогенный дикий полиовирус,
- завозной дикий полиовирус,
- связанный с вакциной полиовирус,
- любой неизвестный полиовирус.

4. Случай должен регистрироваться как связанный с вакциной в том случае, когда изолированный вирус имеет вакциноподобные характеристики и никакого другого этиологического фактора не было обнаружено в качестве клинической причины. В Европе имеется несколько справочных лабораторий ВОЗ (Приложение 3), в которых штаммы, выявленные национальными справочными лабораториями по полиомиелиту, могут быть подтверждены и/или подвергнуты дальнейшей характеристике. Первоначальное определение ВОЗ случаев, связанных с вакциной, включает развитие заболевания у реципиентов в течение 7 – 30 дней после прививки и у тех людей, с которыми они были в контакте. Тем не менее, странам в настоящее время рекомендуется использовать более строгие, лабораторным образом обоснованные определения и подвергать классификации случаи, объявленные как случаи "неизвестного происхождения" в результате клинической диагностики и/или серологического исследования.

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИКВИДАЦИИ ПОЛИОМИЕЛИТА

Для того чтобы определить, что та или иная страна свободна от эндогенного полиомиелита, должно быть показано, что:

- существует действенная система эпиднадзора на базе лабораторий;
- все случаи вялого паралича и синдрома Гийена-Барре подвергаются полному обследованию;
- ни одного случая полиомиелита (в соответствии с определением случая полиомиелита) не было обнаружено в течение последних трех лет;
- минимальный охват иммунизацией достигнут более, чем на 90% по всем геополитическим единицам;

- достигнуты высокие показатели серопозитивности (более 80%).

При этом, однако, отсутствие подтвержденных клинических случаев даже в течение трех лет отнюдь не означает, что дикий полиовирус исчез из популяции и окружающей среды, так как, в отличие от заболевания, инфекция полиомиелита не проходит в явной форме. Более того, имеется тревожная возможность того, что полиовирус способен выживать в зараженной фекалиями холодной среде в течение довольно продолжительного времени. В некоторых странах проводится мониторинг окружающей среды для выявления циркуляции дикого и вакцинного вирусов, однако не на рутинной основе. Удостоверение того, что страна свободна от полиовируса, то есть что дикий полиовирус был действительно ликвидирован, может иметь свой подлинный смысл только в плане глобальных подходов к ликвидации полиомиелита, поскольку всегда сохраняется возможность завоза вирусов.

В странах, где используется ОТПВ, в окружающей среде циркулирует большое количество вакцинных вирусов. Переход к ИПВ может, таким образом, рассматриваться на последних стадиях программы ликвидации, когда уже будет произведена ликвидация дикого вируса. При этом, однако, детальные программы для завершения кампании должны тщательным образом планироваться в соответствии с конкретными потребностями и условиями отдельных стран. Кроме того, новые и более приемлемые вакцины могут появиться в результате ведущихся в настоящее время научных исследований и разработок.

Было рекомендовано, чтобы совещание ЕКГ в 1990 г. определило критерии для удостоверения ликвидации полиомиелита в странах Региона.

ЛИКВИДАЦИЯ КОРИ

Заболееваемость корью в Европе достигла своего самого низкого уровня в 1987 г., когда менее 300 000 случаев было зарегистрировано в 23 странах (71%) Европейского региона. Общая тенденция на снижение прерывалась лишь небольшими вспышками этого заболевания, однако участники совещания ЕКГ в Риме (январь 1989 г.) посчитали уместным после переоценки ситуации, поддержать рекомендацию конференции 1984 г., проходившей в Карловых Варах о том, что к 1995 г. эндогенная корь должна быть ликвидирована во всех странах Европейского региона.

Для выполнения этой задачи необходимо преодолеть две основные проблемы:

- охват вакцинами должен быть увеличен в тех странах, которые в настоящее время еще не достигли 95% показателя охвата детей в возрасте до двух лет;
- необходимо считаться с увеличением общего количества неиммунных детей и молодых взрослых, прошедших вакцинацию (это количество является результатом низких показателей сероконверсии в результате использования низкокачественных вакцин в самом начале программы, а также/или сбоях холодовых цепей и недостаточности охвата; вспышки среди этих групп могут объясняться импортом вируса в области, показывающие лишь небольшой естественный иммунитет или полное его отсутствие).

Во всех странах Региона была введена иммунизация против кори и некоторые из них в настоящее время приближаются к 100% охвату в течение уже нескольких лет. В других странах за общими показателями охвата могут скрываться отдельные вкрапления низкого принятия вакцины, поэтому необходимо проводить всецелые усилия по увеличению охвата. Внедрение вакцины от кори—паротита—

краснухи (КПК) в некоторых странах привело к существенному увеличению охвата. Более того, температурная стабильность вакцины против кори за последнее десятилетие улучшилась, поэтому в настоящее время должна использоваться только высококачественная вакцина, имеющая стабильность к температуре и дающая высокие показатели сероконверсии.

В целом все согласились с тем, что проблема неимунных, прошедших вакцинацию детей и взрослых может решаться путем внедрения дополнительной дозы вакцины для всех детей на более поздней стадии их развития. Решение о более точной временной привязке этой точки "отлова" должно быть оставлено на усмотрение индивидуальных стран, однако он должен проводиться либо накануне поступления в школу, либо в возрасте 11–12 лет. Предполагается двойное воздействие подобной дозы:

- она предоставляет еще одну возможность обеспечить охват тех лиц, которые первоначально стали показывать сероконверсию из-за дефектной вакцины;
- она будет давать всем тем, кто в свое время не получил вакцину, еще одну возможность на иммунизацию.

Подобные кампании "отлова" невакцинированных могут привести к быстрому сокращению общего контингента, подверженных заболеванию лиц. От такого момента "отлова" можно, разумеется, отказаться в тот момент, когда его достигнет первая когорта иммунизированных современной вакциной детей грудного возраста, при условии, однако, что достаточно высокий охват предварительно уже был достигнут. Конкретные группы старшего возраста могут также получать повторную вакцинацию на основе результатов серологических обследований, что будет способствовать исправлению недостаточности предшествующих программ иммунизации.

ЛИКВИДАЦИЯ СИНДРОМА ДОРОВОЙ ФОРМЫ КРАСНУХИ

В соответствии с задачей 5, синдром дородовой коревой краснухи должен быть ликвидирован к 2000 г., причем конкретные оперативные стратегии для достижения этой цели были приняты на конференции в Карловых Варах в 1984 г. К 1990 г. все страны должны использовать прививки от краснухи в своих национальных программах, а к 1995 г. они должны достичь по крайней мере 90% охвата целевых популяций, а также произвести внедрение систем эпидемиологического надзора и исследований. К 1996 г. все подозреваемые зарегистрированные случаи дородовой краснухи должны проходить соответствующее расследование.

Вместе с тем, несмотря на тот факт, что выгоды в смысле предупреждений инвалидностей, вызываемых дородовой краснухой, намного превосходят затраты программы по ее ликвидации, ситуация в Регионе относительно этого заболевания мало в чем изменилась. Менее четверти всех стран Региона вообще способны представить какие-либо данные о заболеваемости дородовой краснухой.

С помощью ускоренных стратегий передача краснухи может быть приостановлена за 6-7 лет. В связи с этим чрезвычайно важно именно сейчас создавать и укреплять действенные программы иммунизации против краснухи, если мы действительно хотим выйти к целевой дате 2000 г. для ЗДВ. Некоторые страны уже начали это делать: 10 из них используют вакцину КПК, в то время как другие приняли на вооружение альтернативные стратегии. В странах, применяющих вакцину КПК для детей грудного возраста, успех будет зависеть от их решимости действительно ликвидировать корь, что само по себе является средством иммунизационного охвата против краснухи. Чрезвычайно важно отметить, что до тех пор, пока не достигнуты высокие уровни охвата после внедрения вакцины КПК, большее количество синдрома дородовой краснухи будет иметь место, нежели без этой программы. В том случае, ес-

ли циркуляция вируса краснухи будет сокращена, но полностью не ликвидирована, большее число женщин, входящих в возраст деторождения, могут стать восприимчивыми, если они не получили вакцину или ранее не подвергались воздействию естественного заболевания.

Как и в вопросе иммунизации против кори, кампании "отлова", включая иммунизацию взрослых женщин и других подверженных категорий, должны серьезно приниматься во внимание.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Каждая страна должна проводить свою национальную политику в области борьбы с краснухой.
2. Те страны, в которых еще не проводятся прививки от краснухи, должны пойти по пути проведения кампаний интенсивной массовой вакцинации, чтобы защитить восприимчивых женщин и, вместе с тем, прервать передачу краснухи. Такое прерывание может быть достигнуто только с помощью многоцелевой стратегии, направленной на детей грудного и дошкольного возраста, девочек в препубертатном возрасте и восприимчивых взрослых женщин.
3. Каждая страна, где уже применяется вакцина КПК, должна взять на себя обязательство по достижению по крайней мере 90% охвата к 1990 г.
4. Каждая страна должна создать механизм по мониторингу за процессом возникновения синдрома дородовой краснухи.

Все инфекции краснухи в период беременности должны тщательно исследоваться, а прекращение беременности из-за краснухи должно быть отнесено к категории подтвержденной инфекции краснухи, контакта с краснухой или связанной с вакциной. Вакци-

нация против краснухи, сделанная по недосмотру в период беременности больше не рассматривается в качестве основания для прекращения беременности.

ВАКЦИНА ГЕПАТИТА "В" В НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ ИММУНИЗАЦИИ

Рассмотрение вопроса об инфекции вирусным гепатитом В оставило на совещании четкое впечатление того, что это заболевание все более превращается в значительную проблему общественного здравоохранения в некоторых частях Региона и может превратиться в серьезное экономическое бремя. В некоторых странах уже была введена рутинная прививка от гепатита В в ограниченных масштабах для детей, родившихся от инфицированных матерей. Участниками была поддержана рекомендация, выдвинутая в Будапеште в 1988 г. в отношении применения вакцины против гепатита В.

Высокая стоимость этой вакцины в Европе продолжает оставаться серьезным препятствием на пути ее принятия для рутинного использования в рамках программ, предусмотренных для прививки в детском возрасте. В связи с этим рекомендуется, чтобы пути сокращения этой стоимости изыскивались не только ВОЗ, но и самими странами.

ЛИКВИДАЦИЯ ДИФТЕРИИ

Участниками была поддержана рекомендация ЕКГ, принятая в Риме (1989 г.), о том, что ликвидация дифтерии должна быть, по возможности, проведена к 1995 г., даже если некоторые проблемы продолжают оставаться нерешенными. В 1987 г. почти 20 стран Европы были свободными от дифтерии, в одной стране было заре-

гистрировано несколько более 1000 случаев, а в 11 странах отмечалось менее чем по 6 случаев в каждой. В общем и целом можно сказать, что в странах с несколькими случаями или с полным их отсутствием отмечается высокий охват противодифтерийной вакцинацией, однако во многих из них серообследования показали существенный процент взрослого населения, не имеющего уровней защиты от антитоксина дифтерии.

Те страны, в которых дифтерия продолжает появляться, должны изучить ситуацию и внести необходимые коррективы в свои программы. Повторная вакцинация взрослых должна рассматриваться во всех случаях, где были обнаружены пробелы иммунитета. Низкодозная дифтерийная вакцина для взрослых (d) может вводиться одновременно со столбнячной вакциной (Т) в качестве комбинированной СД вакцины, однако оптимальное хронирование доз после первичной вакцинации продолжает оставаться неясным. ЕКГ или специальная экспертная группа ВОЗ должны рассмотреть этот конкретный вопрос и вынести соответствующие рекомендации.

Участниками была выражена озабоченность по поводу того, что серологические обследования на антитела, имеющие значение для РПИ в странах Региона, все больше наталкиваются на препятствия, связанные с правилами конфиденциальности и обоснованного согласия, что может серьезно помешать продвижению вперед.

ЛИКВИДАЦИЯ СТОЛБНЯКА

Столбняк новорожденных был ликвидирован большей частью, но не во всех странах Региона. В Турции, например, было зарегистрировано 174 случая в период между 1985 и 1987 гг., хотя существенные успехи и были отмечены совсем недавно в деле укрепления систем эпиднадзора, улучшения охвата вакцинацией женщин в период деторождения, а также улучшения условий протекания родов.

Задачная дата 1990 г., установленная для ликвидации этого заболевания, сейчас не представляется реально достижимой.

Для искоренения столбняка новорожденных чрезвычайно важно поддерживать активную иммунизацию с использованием необходимых вакцин, полностью соответствующих требованиям ВОЗ. В связи с тем, что в настоящее время столбняк новорожденных затрагивает, главным образом, престарелых в большей части стран Региона, большее внимание должно обращать на вопросы иммунизации взрослых и поддержания иммунитета в течение всей жизни с помощью периодически проводимых повторных прививок.

СОЦИАЛЬНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ

Обсуждение вопросов социальной мобилизации рельефно высветило ту выгоду, которая может быть получена от хорошо спланированных кампаний. Работа, проведенная в Соединенном Королевстве в момент внедрения вакцины КПК в 1988 г., была использована в качестве примера кампании с высокой отдачей.

Были выделены две основные целевые группы для социальной мобилизации по вопросу об иммунизации: представители медицинских профессий в широком смысле и широкие круги населения. Для каждой из этих категорий требуется особая стратегия.

Ниже приводятся ключевые вопросы, ответы на которые являются основой кампании социальной мобилизации.

- Что представляет собой релевантное принятие вакцины?
- Все ли профессиональные работники здравоохранения выступают в защиту иммунизации ?

- Используют ли профессиональные работники здравоохранения ложные противопоказания и не занижают ли они значение целевых заболеваний? Имеют ли родители активную консультацию для иммунизации своих детей?
- Убеждено ли население в выгодах, которые приносит иммунизация?
- Обеспечивается ли доступ к иммунизации в случае необходимости?
- Работает ли холодовая цепь?
- Имеются ли культурные или утвердившиеся верования, заставляющие родителей отказываться от иммунизации?
- Имеют ли укрепление здоровья и профилактика заболеваний какое-либо значение в жизни всех семей?
- Имеются ли какие-либо финансовые затруднения для принятия иммунизации?

По мере увеличения уровня иммунизации и снижения заболеваемости, социальная мобилизация тем не менее становится все более важной. С усложнением общественных механизмов социальная мобилизация также становится более сложной и более дорогостоящей. Поэтому руководители иммунизационных программ должны быть готовы проводить большое количество научных исследований, с тем чтобы базировать на них свои мероприятия, привлекать специалистов по медико-санитарному просвещению и обращаться за помощью к коммерческой рекламе и специалистам по маркетингу, если они действительно хотят обеспечить охват определенных категорий современного общества. Чтобы добиться увеличения и поддержки спроса на иммунизацию, им может также потребоваться обращение к конкретным группам, в частности к религиозным кругам, которые на первый взгляд не кажутся возможными союзниками.

Учитывая важность этого аспекта РПИ предлагается, чтобы обсуждение путей пропаганды прививок было продолжено на предстоящем ежегодном совещании руководителей национальных программ.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ

Чрезвычайно важно, чтобы отчет об этом совещании был представлен заблаговременно до начала тридцать девятой сессии Европейского регионального комитета, проходящей в сентябре 1989 г., с тем чтобы содержащиеся в нем рекомендации, главным образом относящиеся к ликвидации полиомиелита, могли быть приняты на рассмотрение при составлении резолюций и установлении приоритетов.

Приложение 1

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Австрия

Dr Andrea Martinek

Бюро федерального Канцлера, Департамент VI/A/5, Отдел общественного здравоохранения, Вена

Албания

Mrs Jolanda Koci

Начальник производственного отдела, Институт гигиены, Тирана

Бельгия

Professor Jeanne M.H. Dony-Crotteux

Председатель Высшего совета Бельгии по гигиене, Свободный университет Брюсселя, Стерребек

Болгария

Dr Stanislava Petrova Popova

Главный инспектор Министерства общественного здравоохранения и социального благосостояния, София

Венгрия

Dr Adam Vass

Начальник Отдела гигиены и эпидемиологии, Министерство социальных дел и здравоохранения Венгрии, Будапешт

ГДР

Professor Sieghart Dittmann

Директор Центрального института гигиены, микробиологии и эпидемиологии ГДР, Берлин

Греция

Dr Theodora Stefanou

Директор Отдела общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения, благосостояния и социального обеспечения, Афины

Дания

Dr Henrik Zoffmann

Департамент эпидемиологии, Государственный институт сывороток, Копенгаген

Израиль

Dr Shmuel Rishpon

Главный медицинский инспектор района Хайфа, Хайфа

Ирландия

Dr Tim O'Dwyer

Заместитель Главного врача, Департамент здравоохранения, Дублин

Испания

Dr Julio Casal Lombos

Директор Национального центра вирусологии, микробиологии и иммунологии, Национальный институт здравоохранения им. Карлоса III, Мадрид

Италия

Dr Salvatore Squarcione

Начальник второго отдела Департамента общественной гигиены, Министерство здравоохранения, Рим

Dr M. Grandolfo^a

Лаборатория эпидемиологии и статистики, Национальный институт здравоохранения, Рим

Мальта

Dr John M. Cachia

Профессиональный медицинский инспектор II ранга Службы коммунального обслуживания, Департамент здравоохранения, Ла-Валлетта

Нидерланды

Dr Hans P. Verbrugge

Медицинский инспектор по вопросам здоровья матери и ребенка, Департамент Главного врача Службы здравоохранения, Рийсвийк

Норвегия

Professor Otto Closs

Начальник отдела исследований и поставки вакцин, Национальный институт общественного здравоохранения, Осло

^a Расходы участника не покрываются ВОЗ

Dr Bodolf Hareide^a

Генеральный директор, Национальный институт общественного здравоохранения, Осло

Польша

Professor Wieslaw Magdzik

Директор Национального института гигиены, Варшава

Португалия

Dr Maria Celsa Ferreira Afonso de Carvalho

Начальник отдела здоровья матери и ребенка, Генеральная дирекция ПМСП, Лиссабон

Румыния

Dr Alexandru Calomfirescu

Начальник эпидемиологической лаборатории, Институт гигиены и общественного здравоохранения, Бухарест

Соединенное Королевство

Dr David M. Salisbury

Главный медицинский инспектор, Департамент здравоохранения, Лондон

СССР

Dr М.И. Наркевич

Начальник Главного совета по эпидемиологии, Министерство здравоохранения СССР, Москва

^a Расходы участника не покрываются ВОЗ

Турция

Dr Levent Akin

Главная дирекция охраны здоровья матери и ребенка и планирования семьи, Министерство здравоохранения и социального вспомоществования, Анкара

Dr Ender Aydiner

Генеральная дирекция ПМСП, Министерство здравоохранения и социального вспомоществования, Анкара

Dr Mehmet Ali Biliker

Начальник ПМСП, Отдел инфекционных заболеваний, Министерство здравоохранения и социального вспомоществования, Анкара

Dr Nilüfer Unver

Служба общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения и социального вспомоществования, Анкара

Финляндия

Dr Pertti M.J. Weckström

Национальный руководитель Службы инфекционных заболеваний, Отдел укрепления здоровья и гигиены, Национальный совет здравоохранения, Хельсинки

Франция

Dr Colette Roure

Технический консультант, Бюро инфекционных заболеваний ИС, Генеральная дирекция здравоохранения, Министерство солидарности, здравоохранения и социального обеспечения, Париж

Dr Robert Netter^a

Генеральный директор Национальной лаборатории здравоохранения, Париж

ФРГ

Dr Johannes F. Hallauer

Начальник отдела гигиены и эпиднадзора, Федеральное министерство по делам молодежи, семьи, женщин и здравоохранения, Бонн

Швейцария

Dr Hanspeter Zimmermann

Научный сотрудник, Министерство здравоохранения, Отдел медицинской эпидемиологии, Берн

Швеция

Professor Margareta Böttiger

Национальный эпидемиолог, Национальная бактериологическая лаборатория, Стокгольм

Dr Per Lundbergh^a

Инфекционная клиника II, Рослагштульс Сьюкус, Стокгольм

Югославия

Dr Alenka Kraigher

Заместитель Директора Лаборатории эпидемиологии и диагностики, Любляна

^a Расходы участника не покрываются ВОЗ

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Комиссия европейских сообществ

Dr Anne-Marie Halsberghe^a

Отдел общественного здравоохранения, Люксембург

Детский фонд Организации Объединенных Наций

Mr Alan Brody^a

Руководящий сотрудник проекта, Анкара

Dr Gary Gleason^a

Старший сотрудник проекта, Анкара

Mr L. Rivera^a

Руководитель Программы коммуникации и социальной мобилизации, Нью-Йорк

Dr Clodio Sepulveda-Alvarez^a

Представитель, Анкара

Mrs Figen Tunçkanat^a

Ассистент Проекта, Анкара

Программа развития Организации Объединенных Наций

Dr P. van Hanswick de Jonge^a

Заместитель Постоянного представителя, Анкара

^a Расходы участника не покрываются ВОЗ

Фонд Ротари

Dr Unal Ural ^a

Координатор Целевой группы по иммунизации, Ротари
Интернейшнл, Анкара, Турция

НАБЛЮДАТЕЛИ

Mr P. Bains ^a

Биологические препараты Смит Клайн, Риксенсарт, Бель-
гия

Dr Nedret Emiroglu

Целевая группа по РПИ, ПМСП, Министерство здравоохранения и социального вспомоществования, Анкара, Турция

Mr J. Horton ^a

Руководитель Европейского отдела, Смит Клайн энд
Френч Манделлс, Уэлвин Гарден Сити, Соединенное Ко-
ролевство

Mr E. Meachem ^a

Руководитель Группы производства, Биологические пре-
параты Смит Клайн, Риксенсарт, Бельгия

Dr V. Ergun Ocalan Erguncad

Ответственный руководитель по вакцинам, Стамбул, Тур-
ция

^a Расходы участника не покрываются ВОЗ

Dr Serap Sener

Целевая группа по РПИ, ПМСП, Министерство здравоохранения и социального вспомоществования, Анкара, Турция

ВРЕМЕННЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

Dr Francis E. André^a

Директор медицинских и научных служб, Биологические препараты Смит Клайн, Риксенсарт, Бельгия

Dr Romulus Arion

Заместитель Научного руководителя, Институт Кантакучино, Бухарест, Румыния

Dr H. Bijkerk

Главный инспектор по инфекционным заболеваниям (в отставке), Департамент Главного врача, Вадинксдин, Нидерланды

Dr Elwyn Griffiths

Национальный институт по биологическим стандартам и контролю, Поттерс Бар, Соединенное Королевство

Dr Tarani Novi^a

Руководитель Лаборатории по энтеровирусам, Национальный институт общественного здравоохранения, Хельсинки, Финляндия

^a Расходы участника не покрываются ВОЗ

Dr Danièle Kohl^a

Руководитель международной программы подготовки,
Биологические препараты Смит Клайн, Риксенсарт, Бель-
гия

Dr Ivan Masár

Начальник Отдела эпидемиологии, Министерство здраво-
охранения Словацкой СР, Братислава, Чехословакия

Dr I. Petersen

Начальник Отдела энтеровирусов, Государственный инс-
титут сывороток, Копенгаген, Дания

Professor Michel Rey

Начальник Службы инфекционных и тропических заболе-
ваний, Клермон-Ферран, Франция

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Европейское региональное бюро

Dr Boris D. Vytschenko

Ответственный сотрудник Регионального бюро, Отдел
инфекционных болезней

Dr Remy P. Prokhorskas

Специалист по статистике, Отдел эпидемиологии и стати-
стики

Dr Mark S. Tsechkovski

Директор, Системы здравоохранения

Mrs Loreta Colatosti

Секретарь, Отдел инфекционных болезней

^a Расходы участника не покрываются ВОЗ

Mrs Elena Nivaro
Секретарь, Отдел инфекционных болезней

Штаб-квартира ВОЗ

Mr Antony Battersby
Консультант, РПИ

Dr T. Bektimirov
Помощник Генерального директора

Mrs Carole Chan
Ответственный административный сотрудник, РПИ

Dr Ralf H. Henderson
Директор, РПИ

Dr Ko Keja
Ответственный медицинский сотрудник, РПИ

Dr Alexandre I. Savinich
Ответственный медицинский сотрудник, РПИ

Dr Nick Ward
Ответственный медицинский сотрудник, РПИ

Приложение 2

РАБОЧАЯ И ФОНОВАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

ICP/EPI 021/6

Eradication of measles (*Ликвидация кори*), Dr I. Masár

ICP/EPI 021/7

Education, training and awareness creation in the EPI frame (*Санитарное просвещение, подготовка кадров и повышение сознательности в рамках РПИ*), Dr D. Kohl

ICP/EPI 021/8

Elimination of congenital rubella (*Ликвидация дородовой краснухи*), Dr D.M. Salisbury

ICP/EPI 021/9

Towards the elimination of tetanus in Europe (*Ликвидация столбняка в Европе*), Professor M. Rey

ICP/EPI 021/10

Transport and storage of vaccines in Hungary: the first European cold chain study (*Транспортировка и хранение вакцин в Венгрии: первое европейское исследование холодной цепи*), A. Battersby

ICP/EPI 021/11

Role of national laboratories in support of poliomyelitis eradication (*Роль национальных лабораторий в поддержке ликвидации полиомиелита*), Dr T. Novi

ICP/EPI 021/12

The eradication of poliomyelitis in the European Region and the progress of EPI (*Ликвидация полиомиелита в Европейском регионе и успехи РПИ*), Dr B. Bytchenko

ICP/EPI 021/13

Social mobilization (*Социальная мобилизация*),
Dr D.M. Salisbury

ICP/EPI 021/14

Global eradication of poliomyelitis by the year 2000 (*Глобальная ликвидация полиомиелита к 2000 г.*),
Dr R.H. Henderson

ICP/EPI 021/15

Surveillance in support of polio eradication (*Эпиднадзор в поддержку ликвидации полиомиелита*), Dr K. Keja

ICP/EPI 021/16

Hepatitis B vaccines – definitive candidates for immunization programmes (*Вакцины гепатита В — окончательные кандидаты для программ иммунизации*),
Dr F.E. André

ICP/EPI 021/17

Diphtheria eradication (*Ликвидация дифтерии*),
Dr A.I. Savinich

ICP/EPI 021/18

Need for a computerized WHO EPI information system (*Потребности в компьютеризированных информационных системах ВОЗ по РПИ*), C. Chan

ICP/EPI 021/19

Cold chain evaluation in the Region (*Оценка холодовых цепей в Регионе*), A. Battersby

ICP/EPI 021/20

Varicella vaccine as an additional component of MMR vaccine: state of the art (*Вакцина против ветряной оспы как дополнительный компонент вакцины КПК: состояние вопроса*), Dr F. André

ICP/EPI 021/21

Turkey on social mobilization (*Турция и социальная мобилизация*), L. Rivera

ICP/EPI 021/22

Rotary International support of poliomyelitis eradication (*Поддержка ликвидации полиомиелита со стороны Ротари Интернейшнл*), Dr U. Ural

ICP/EPI 021/23

An outbreak of measles in Hungary (*Вспышка кори в Венгрии*), Dr A. Vass

ICP/EPI 001 м01

Immunization policies in Europe: report on a WHO meeting, Karlovy Vary, Czechoslovakia, 10-12 December 1984 (*Иммунизационная политика в Европе (только рекомендации)*)

ICP/EPI 012

European Advisory Group on the WHO Expanded Programme on Immunization: report on a WHO meeting, Copenhagen, 10-12 September 1986 (*Европейская консультативная группа по расширенной программе иммунизации ВОЗ. Отчет о совещании ВОЗ (только рекомендации)*)

ICP/EPI 017

Expanded Programme on Immunization: report of the Second Meeting of the European Advisory Group, Rome, 9-11 December 1987 (*Расширенная программа иммунизации. Отчет о втором совещании Европейской консультативной группы (только рекомендации)*)

ICP/EPI018

Expanded Programme on Immunization: report of the Meeting of National Programme Managers, Budapest, 26-29 April 1988 (*Расширенная программа иммунизации. Отчет о совещании руководителей национальных программ*)

ICP/EPI 020

Expanded Programme on Immunization: report of the Third Meeting of the European Advisory Group, Rome, 24-27 January 1989 (*Расширенная программа иммунизации. Отчет о третьем совещании Европейской консультативной группы*)

ICP/EPI 021

Country presentation: Belgium (*Доклад по стране: Бельгия*)

Приложение 3

**ЕВРОПЕЙСКИЕ ЛАБОРАТОРИИ, ЗАКЛЮЧИВШИЕ
СОГЛАШЕНИЯ НА ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ В КАЧЕСТВЕ
СПРАВОЧНЫХ ЛАБОРАТОРИЙ ПО ЛИКВИДАЦИИ
ПОЛИОМИЕЛИТА**

National Virology, Microbiology and Immunology Centre
Carlos III National Health Institute
28220 Majadahonda (Madrid)
Spain
(Dr A. Bernal or Dr R. Najera)

Institut Pasteur
25 rue du Dr Roux
Paris 75724
France
(Dr R. Crainic)

National Institute for Biological Standards and Control
Blanche Lane, South Mimms
Potters Bar, Hertfordshire EN6 3QG
United Kingdom
(Dr P. Minor)

National Public Health Institute
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Finland
(Dr T. Hovi)

Zentralinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie der
DDR
Britzerstrasse 1/3
1190 Berlin
German Democratic Republic
(Professor S. Dittman)

National Institute of Health
Enterovirus Unit
Virology Department
Via Regina Elena 299
00161 Rome
Italy
(Dr R. Santoro)